



Universidad Autónoma de Chihuahua.

FACULTAD DE MEDICINA

Solicitud de Servicio
Departamento de Sistemas



Nombre: _____
Departamento: _____
Indicaciones: _____
Servicio: _____

	Día	Mes	Año	T.R.
Fecha Solicitud				
Fecha Liberación				

No. Servicio	Tiempo Estimado	Tiempo Real

Asignado a: _____ Tipo de Servicio: **Urgente** (1 día)
Normal (3 días)
Especial (+3 días)

Observaciones: _____

Responsable UTI

Usuario

